Istituto della 1ª Clinica Chirurgica della R. Università di Napoli
Reparto blastomi maligni
Direttore Sen. Prof. G. PASCALE

Studio su due casi di blastomi maligni

Prof. MARIO BATTAGLIA

Estratto dagli " ANNALI ITALIANI DI CHIRURGIA „
Anno VIII - 1929 — Fasc. IV.

NAPOLI
Cooperativa Tipografica Forense
S. Pietro a Maiella, 31
1929 (VII

Istituto della 1ª Clinica Chirurgica della R. Università di Napoli
Reparto blastomi maligni
Direttore Sen. Prof. G. PASCALE

Studio su due casi di blastomi maligni

Prof. MARIO BATTAGLIA

Estratto dagli " ANNALI ITALIANI DI CHIRURGIA "
Anno VIII - 1929 — Fasc. IV.

NAPOLI
Cooperativa Tipografica Forense
S. Pietro a Maiella, 31
1929 (VII

Lo studio dei blastomi maligni s' impone oramai come una necessità scientifica e come bisogno di vita civile; non però come sinora si è fatto, cioè negli istituti scientifici e nelle sale cliniche in modo autonomo; ma d'ora in avanti il lavoro e la ricerca devono essere coordinati; da qui la necessità in primo tempo delle ricerche biologiche, delle ricerche cliniche durante e dopo la cura e di quelle anatomo-patologiche ed istologiche dopo il decesso dell'ammalato, che affetto da blastoma maligno deve essere con opportuno tatto clinico non perduto di vista e, morto, il suo corpo dovrebbe essere sempre sottoposto a ricerca anatomo-patologica.

Sotto questo punto di vista credo utile pubblicare il reperto di due casi di cancro deceduti nel « reparto blastomi maligni » della clinica chirurgica della R. Università; un caso cioè di morte per cancerosi in donna già operata e guarita localmente per carcinoma della mammella destra, e l'altro di tumore della base del cranio esplicantesi come tumore dell'antro del mascellare superiore sinistro. Questo secondo caso clinico, ove si osservò all'autopsia un'infiltrazione del tumore in tutte le ossa della base del cranio e dei mascellari superiori, è degno specialmente di essere registrato nella casuistica; appunto perchè ammonisce che il semplicismo nella diagnostica istologica dei blastomi maligni è colpa grave, tanto più che sappiamo che la morfologia costituisce uno studio parziale, unilaterale della vita, che non è solamente forma,

ma anche funzione, forza ed esplicazione di forze, quindi il nostro giudizio, se fondato solamente sulla forma, deve essere molto riservato, circospetto e ponderato. Oggi giorno, appunto per ciò, le nostre ricerche sono più minuziose e più complete e sappiamo come la cellula blastomatosa, specie dei tumori maligni, non solamente è una cellula anomala per forma, ma anche per la sua evoluzione, la sua funzione e la sua composizione chimica; quest' ultima ricorda le proprietà della cellula embrionale, essendo come questa ricca di glucosio, di potassio e di fosforo e povera di calcio. Proprietà della cellula blastomatosa maligna conosciute oramai per ricerche micro-chimiche. La micro-chimica se non fa passi da gigante procede tuttavia nelle sue ricerche ordinata e lenta e per le difficoltà tecniche e per la stessa natura dei mezzi che adopera, avendo poche volte il destro di studiare tessuti vivi; ma queste nostre ricerche sono fatte su tessuti morti e se è possibile ricercare in blastomi viventi, questo avviene negli animali nè ci è permesso tentare tale ricerca nei blastomi dell' uomo. E' da ricordare che i mezzi curativi dei blastomi maligni, apparsi in questi ultimi anni, e che da molti sono entusiasticamente apprezzati e portati al cielo e da altri disprezzati e deprecati, ci obbligano esaminare con più coscienza e con più ponderatezza i blastomi e ritornare quasi sui nostri passi sino al punto di dovere dimenticare le norme e le cognizioni sull'argomento tramandateci dal passato e non scordare che prima di accingerci all'esame del pezzo anatomico, comunque fissato ed indurito, dobbiamo fare l' esame istologico sul preparato a fresco; così come la pratica dello studio del sangue ci ha fatto sperimentare, chè il preparato a fresco ci fa vedere allo studio microscopico meglio e molte più cose che il più bel preparato di sangue fissato e colorato. Così solamente possiamo col nostro giudizio intervenire nella disputa attuale, che scoraggia molti bravi e coscienziosi medici, che sentono da una parte guariti i blastomi maligni con la röntgenterapia, con la curiterapia e diatermia e con le diverse blastolisine ed antimeristime, dall'altra parte vedono, con gli stessi mezzi terapeutici, i blastomi maligni precipitare ed evolversi tumultuariamente o viceversa, quel

che è peggio, accelerarne la metastasi. Solamente per queste diverse cause ci spieghiamo come valenti chirurgi ancora sono tetragoni nel concetto che la miglior cura dei blastomi maligni per ora rimane ed è il coltello chirurgico adoperato a tempo, e questo non per misoneismo della loro arte, ma per pratica convinzione della loro scienza diventata coscienza.

*
* *

Primo caso — Diagnosi clinica — Carcinoma dell'esofago in donna già operata per carcinoma della mammella destra, gastrostomia; morte dopo cinque giorni.

Autopsia sommaria — Cadavere di donna con caratteri somatici dell'età di circa cinquanta anni, con macchie cadaveriche palesi, molteplici e diffuse; rigidità cadaverica ancora conservata non ostante decessa da trentasei ore; statura regolare con normale sviluppo scheletrico e muscolare; pannicolo adiposo sottocutaneo quasi scomparso e masse muscolari ipotrofiche.

Si osserva una cicatrice chirurgica lineare nell'emitorace destro obliqua dal cavo dell' ascella destra alla cartilagine della sesta costola corrispondente con direzione dal lato dorsale al lato ventrale. Tutta la cute in questa regione è pergamenacea, punto elastica, aderente al piano osseo sottostante. Nel cavo ascellare destro si nota un tumoretto, grosso quanto una noce, duro ligneo, fisso tanto alla cute che ai tessuti molli sottostanti, ove pure si palpano altri noduli, grandi come avellane e come piselli alcuni; tali noduli si palpano anche scaglionati a catena lungo tutto il decorso della cicatrice chirurgica. Non si osservano edemi neanche nell' arto superiore destro. In nessuna altra regione si vedono o si palpano glandole linfatiche ingrossate od indurite. La mammella di sinistra mostra i caratteri e nella cute e nel capezzolo e nell' areola, di mammella di donna in involuzione genitale; nè si palpano nel suo parenchima ispessimenti o noduli, nè gangli linfatici nell'ascella corrispondente a caratteri semiologici simili a quelli rilevati nelle glandole linfatiche della ascella destra.

Si vede nella regione chirurgica di elezione una gastrostomia da cui fuoriesce un grosso catetere elastico ed una sutura chirurgica in via di adesione.

Estirpato il tumoretto della cavità ascellare destra si vede al taglio che esso è costituito da una ceppaia di glandole linfatiche con note macroscopiche di cancro e con abbondante succo cancerigno.

Aperta la cavità addominale si rileva un' aderenza per sutura chirurgica tra la parete anteriore dello stomaco, a due centimetri in dentro del suo bordo maggiore e più vicina

alla sua porzione cardiaca che a quella pilorica, ed il peritoneo parietale. Lo stomaco è piccolo ed atrofico e nella sua muscolatura e nella sua mucosa; l'orifizio pilorico mostra una leggera stenosi, ma al minuto esame macroscopico non vi si osservano cicatrici nè ispessimenti, nè noduli, tantò nella sua parete muscolare che in quella sierosa, sottosierosa e mucosa. Nessuna alterazione si rileva nella sua porzione cardiaca, che è fissa più dell'ordinario al diaframma. Il peritoneo parietale e quello viscerale di tutta la cavità addominale è ispessito ed iperemico, ma non esiste traccia di liquido libero o saccato nella cavità peritoneale. Nei meso si palpano noduli grossi come avellane, bernoccoluti, numerosi e di durezza lignea, noduli con gli stessi caratteri si palpano nella cavità retroperitoneale e specialmente lungo l'aorta, le iliache ed in tutto il bacino.

L'utero è duro ed atrofico come le ovaie, che sono pure bernoccolute; l'ovaio di sinistra con la stessa durezza si continua sino al canto uterino corrispondente, mercè una massa così dura e bernoccoluta come le ovaia. Il grande epiploon è duro e retratto.

La milza è leggermente ingrandita con chiare note di splenite interstiziale cronica. Il fegato è piccolo, duro ed al taglio stride per epatite interstiziale cronica con note di degenerazione grassa delle cellule parenchimali.

Aperta la cavità toracica si osserva un disseminio di noduletti, della grandezza di un acino di canape, di un chicco di lenticchia e di una nocella tanto nella pleura parietale di dritta che in quella di sinistra.

Tutta la base del pulmone di sinistra è aderente al diaframma e nel lobo polmonare inferiore si notano e si palpano noduli di diversa grandezza, cioè di un piccolo pisello ad un' avellana, di durezza lignea, identici noduli si osservano nel lobo inferiore del pulmone destro.

Nei tagli macroscopici si rilevano gli stessi caratteri osservati nelle ghiandole ascellari di dritta e nei noduli pleurali.

Il pericardio a sinistra è fortemente aderente alla pleura viscerale corrispondente; aperto non vi si trova liquido e ha le pareti lisce e speculari. Il cuore è ipertrofico modicamente specialmente nel suo ventricolo sinistro.

Lungo il mediastino posteriore si palpano glandole ingrossate e dure, legnose come le glandole retroperitoneali e nell' esofago a circa quattro centimetri in sotto dell' inizio dell' aorta toracica si palpa una massa dura legnosa grande come una piccola noce lunga tre centimetri, che impiglia tutta la spessezza dell'esofago e ne ostruisce fortemente il lume.

La mammella di sinistra ai tagli macroscopicamente si presenta ipotrofica, ma non mostra alcuna lesione anatomopatologica.

Diagnosi — Carcinosi da pregresso carcinoma della mammella destra, già estirpata; oltre le metastasi viscerali

e delle glandole linfatiche retroperitoneali e mediastiniche esiste una metastasi nell'esofago, porzione retromediastinale.

Le ricerche istologiche hanno accertato noduli cancerosi nelle glandole ascellari di destra, in quelle mediastiniche, retroperitoneali ed omentali, noduli cancerosi nel polmone destro e sinistro, nella pleura parietale, nell'esofago e nelle ovaie, cellule cancerose con gli stessi caratteri istologici.

Nell'ovaia, è questa la nota interessante in questo reperto, si osservano nei tagli microscopici cordoni di cellule epiteliali cubiche, grosse, circondati da un tessuto connettivo ispessito, fascicolato, disposto sia a grosse trabecole, sia ad isole di tessuto compatto, riccamente vascolarizzato; in queste maglie e fra le fibre connettivali si riscontrano cellule epiteliali in disfacimento e molte in degenerazione mucosa col nucleo proiettato alla periferia, presentando l'aspetto delle così dette cellule a castone del Krukenberg. In questo caso cioè la metastasi carcinomatosa da cancro della mammella presenta nell' ovaia le note anatomo-istologiche del tumore del Krukemberg.

Questi nel 1895 (Zeitschr. f. Geb. und Gynec. 1895, Tom. 41) descrisse un caso di tumore in ovaia in cui si osservavano queste speciali cellule a castone, minutamente e dettagliatamente descritte, e credette, dai caratteri clinici e istologici, isolare una forma speciale di tumore ovarico, che d' allora in poi in anatomia patologica ed in ginecologia va sotto il nome di « fibro - sarcoma mucocellulare carcinomatode del Krukemberg ». In seguito lo studio minuto di alcuni tumori dell'ovaia con simili cellule e le ricerche di anatomipatologi hanno fatto concludere che i tumori doppi delle ovaie sono quasi sempre carcinomi metastatici e da principio si credette derivati solamente da metastasi da carcinomi del tubo gastro-digerente; in seguito poi si potette accertare che erano pure derivati da metastasi da carcinomi di altri organi. Per queste ricerche statistiche esistono diverse pubblicazioni, ma la più interessante e precisa è quella del Rau (Zeitschr. f. Krebsforsch, 1922, Tom. 117) in cui si legge che il cancro dell'ovaio si ritrova il 10,46 °/₀ per metastasi da carcinoma dello stomaco; il 12,50 per metastasi da cancro del colon; il 10 °/₀ per metastasi da cancro delle vie biliari ed il 22,47 °/₀ per cancro del seno.

*
* *

Il nostro reperto di metastasi doppia nell' ovaio da carcinoma della mammella destra comprova il criterio, oramai sicuro per tutti gli anatomopatologi, della facile metastasi nell'ovaio del cancro del seno e, se le ricerche anatomo-patologiche nei morti per cancro fossero obbligatorie anche per

la coerenza della lotta di sì mortale morbo, tale criterio sarebbe vieppiù convalidato e vedremmo come tra la mammella e le ovaia esiste un' intima correlazione fisiologica e patologica, e per le ovaia si accerterebbe, come ormai da tutti accettato, che il tipo del tumore del KRUKEMBERG non ha ragione di sussistere; esistendo solamente la metastasi cancerosa nelle ovaia con la caratteristica reazione insita nella proprietà anatomica del tessuto dell' ovaia.

Da ricordare pure è la metastasi ossea dei cancri della mammella specialmente nelle vertebre lombari e sacrali, come si osserva metastasi ossea anche nei blastomi maligni della tiroide. Forse, ma questo è un concetto fisiopatologico che ha bisogno ancora di ricerche, ciò deriva dall' importanza che ha la tiroide e la mammella sul ricambio del calcio specialmente nell' organismo umano.

Nei casi di carcinoma della mammella il clinico non deve dimenticare la minuta ricerca delle lesioni ossee e di quelli degli organi genitali interni, giacchè, quando queste esistono, l' exeresi chirurgica invece di apportare una benefica tregua all' andamento fatale del morbo, lo spinge più repentinamente alla triste evoluzione finale.

* * *

SECONDO CASO — Nel secondo caso l' autopsia si dovette limitare, per volontà della famiglia, alla sola apertura della cavità cranica.

Diagnosi clinica — Tumore del mascellare superiore sinistro a triste indole con rapida e fatale evoluzione e con diffusione a tutte le ossa della faccia ed alla base del cranio, morte con sintomi cerebrali.

Autopsia locale — Cadavere di giovane uomo di circa venticinque anni, morto da trentasei ore, di buona costituzione scheletrico-muscolare, pannicolo adiposo sottocutaneo scomparso, nessun ingorgo glandolare nè superficiale nè profondo, nessuna lesione cutanea, nè difformazioni nè ispessimenti sulle creste delle tibie; si nota il malleolo interno destro più grosso del corrispondente sinistro, più del doppio, mentre il piede destro e l' articolazione tibio-peroneo-astragalea destra è nei movimenti passivi normale; nessuna deformazione ed ingrossamento si osserva nelle dita dei piedi e delle mani. Il viso del cadavere è difformato per forte esoftalmoptosi di ambo gli occhi che sono chemotici: a sinistra il bulbo del-

l' occhio si osserva proiettato in alto ed allo esterno, coverto dalle palpebre con forte chemosi solamente in corrispondenza di tutta la congiuntiva inferiore, la cornea è però integra; mentre a destra la chemosi è rilevante tanto nella congiuntiva superiore che in quella inferiore ed il bulbo dell' occhio è proiettato in basso ed all' esterno e tutta la cornea è ulcerata. Esiste ancora la rigidità cadaverica tanto negli arti superiori che inferiori e nel mascellare inferiore, rigidità però facilmente riducibile. Non esistono edemi, nè si notano le chiazze cadaveriche nelle solite ed ordinarie regioni. Nessuna alterazione si palpa nei testicoli, nel ghiande e nel pene, questi organi si presentano normali come sviluppo, relativo all' età, come forma e come consistenza.

Palpando la faccia si nota la fossa geniena di sinistra e la zigomatica ripiene da protuberanze noduliformi, dure elastiche, che s' immedesimano e si continuano col corpo del mascellare superiore e con l' osso zigomatico corrispondente; palpando nei punti omologhi a destra non si osservano tali noduli, ma la resistenza del mascellare destro è notevolmente diminuita, sulla glabella invece si percepiscono noduli con le stesse note, rilevate sul mascellare superiore e sull' osso zigomatico di sinistra, tali noduli si osservano palpando su tutta la superficie dell' osso frontale, così che tutta la regione frontale appare talmente difformata che visto di faccia tutto l' intero viso del cadavere sembra che questo abbia un cranio oxicefalo.

Il palato duro è anch'esso difformato, perchè tutta la sua porzione laterale sinistra è protuberante a forma di una mezza noce, che con la sua convessità guarda in basso ed allo interno, ma la mucosa palatina soprastante non è ulcerata in nessun punto e palpando si ha la sensazione uguale a quella sopra descritta di piccoli bitorzoletti duro-elastici sottomucosi, che fanno parte dell' osso mascellare superiore sinistro nella sua porzione palatina. Sull' arcata dentaria superiore sinistra manca il primo molare vero e dal suo alveolo protubera un piccolo tumoretto di consistenza duro-elastica e fuoriesce detrito mucopurulento.

Introducendo il dito nella dietrocavità della bocca si palpano le coane libere, ma tutta la volta del faringe e la sua parete posteriore sino all' iatus esofageo è protuberante per una massa dura elastica a superficie bernoccoluta, sotto la tunica mucosa, chè tale massa fa corpo intimamente con le vertebre cervicali e con la base del cranio.

Nel rovesciare il cuoio capelluto dissecando si nota che questo è aderente all' osso frontale, specialmente in avanti ed in corrispondenza della faccia; tale aderenza è costituita da masse blastomatose come tanti bernoccoli duro-elastici, che si affondano nel cuoio capelluto e che fanno corpo e partono dall' osso frontale, che si taglia col coltello anatomico come un osso decalcificato. La sezione di tali masse blastomatose

è di consistenza carnosa e di colorito bianco roseo. La calotta cranica si distacca difficilmente tanto che si è dovuto togliere la dura meninge distaccando questa assieme alla calotta ossea. Il tavolato interno, l' esterno e la diploe e solamente in corrispondenza dell' osso frontale assieme alla dura madre della regione frontale sono infiltrati dalla massa blastomatosa con i caratteri macroscopici sopra descritti.

La pia meninge come la dura meninge ha tutti i vasi iniettati e pieni di sangue, specialmente quelli venosi che sono turgidi ed appariscenti. Il cervello, appena tolta la calotta cranica, estubera dalla cavità cranica, ma appare ben conformato e con le sue circonvoluzioni a tipo normale. Nell' estrazione del cervello non si è notata alcuna resistenza al taglio dei singoli nervi cranici, come pure il picciuolo della glandola pituitaria non mostra nulla di anormale nè per il calibro, nè per il colore, nè per la resistenza al taglio.

Allo studio ed ai tagli del cervello si riscontrano solamente le note macroscopiche di iperemia da stasi ed edema con numerosi punti così detti emorragici tanto nella sostanza bianca che in quella grigia: l' ependima, i ventricoli ed i nuclei grigi del cervello e del cervelletto non presentano alcuna nota anatomopatologica od anormale, eccetto i caratteri di edema ed iperemia da stasi. Nei vasi della base cerebrale nulla di anormale ed i seni della base si presentano come quelli della volta pieni di sangue. Tutta la fossa cranica anteriore e la media di sinistra ed il quarto anteriore interno della fossa media di destra, compresa quindi la porzione corrispondente alla sella turcica, che è scomparsa assieme ai processi clinoidei, è piena di una massa carnosa dura elastica di colorito bianco roseo che fa tutt'uno con le ossa della base del cranio e con la dura madre corrispondente. Tale massa blastomatosa cioè si continua nei seni dello etmoide, dello sfenoide e dei mascellari superiori e nei seni frontali e nelle cavità orbitarie; in tutti questi punti si penetra col coltello a traverso una resistenza come se le ossa corrispondenti fossero decalcificate.

Diagnosi — Sarcoma delle ossa della base del cranio diramantesi in tutti i seni, compresi i seni delle ossa della faccia; edema cerebrale e stasi nei vasi meningei.

Anche l' esame macroscopico non può del tutto escludere il sospetto che il blastoma sarcomatoide sia un cordoma maligno od un carcinoma della preipofisi; l'esame e la ricerca istologica chiarirà la diagnosi.

I tagli microscopici dei pezzi prelevati da diversi punti della massa blastomatosa in vario modo studiati fanno subito escludere il cordoma maligno e lasciano osservare in mezzo ad un tessuto di fibre collagene e precollagene finissime e di tramezzi connettivali a conformazione e disposizione che ricordano le lamine e la struttura ossea, lacune vasali e vasi

venosi a pareti sottili e lacune fissurali rivestite da epitelio piatto, ammassi di cellule rotonde o a bozze fortemente colorate, picnotiche cioè, molte di queste hanno l'apparenza di nuclei gemmanti. Osservando i tagli microscopici a diversa distanza focale, variabile all' istante, ed a diversa incidenza di luce si osservavano, tra queste specie di cellule, degli spazi chiari determinati da sottilissimi limiti, da sembrare cellule non colorate i cui nuclei erano rappresentati da quelli che a primo aspetto sembravano le vere cellule e che davano ai tagli l' aspetto di un linfo-sarcoma. Per tale struttura si ricorse a diverse colorazioni e si potette così vedere che effettivamente oltre la parte che componeva lo stroma del tumore, che si colorava bene e che manifestava tutta la trama della sua struttura con il metodo MASSON - MALLORY, il blastoma era composto da cellule cromofobe a nucleo grosso di varia conformazione, gemmante, fortemente basofilo ed in moltissime cellule allo stato di picnosi ed in varie in nucleoressi ed in nucleolisi. La colorazione che mise in rilievo tutta la struttura del blastoma fu quella ottenuta col Pancrom; mentre la colorazione dei tagli ottenuta col trattamento al solfato ferrico ed ematossilina, secondo consiglia il BENDA, faceva osservare più dettagliatamente la struttura del nucleo ; molti nuclei cioè con quest' ultima colorazione erano in picnosi, moltissimi in nucleoressi e molti in nucleolisi ed in tali cellule del nucleo non rimaneva che un sottilissimo filamento cromatico in un protoplasma cromofobo, limitato da figura poligonale appena evidente. Nei tagli colorati al PANCROM ed al solfato ferrico ed ematossilina si notavano cellule così dette spumose, cioè con protoplasma ricco di vacuoli per la soluzione, dai liquidi usati per il trattamento, dei lipoidi in esse contenuti. Le cellule erano grosse dai 15 ai 20 microni ; il nucleo nelle diverse fasi sopra descritte e di forma varia, ovalare a fagiuolo o bernoccoluto, era della grandezza dai 6 ai 9 microni. Le cellule a tipo epiteliale piatto a contorni e limiti poligonali presentano un protoplasma cromofobo con rari e fini grani basofili, rarissime erano quelle con granuli acidofili. Fra i molti tagli di diversi pezzi del blastoma in qualcuno, in mezzo alla struttura sopra descritta, si osservava qualche grossa cellula affusolata con protoplasma finemente granuloso e basofilo con piccolo nucleo in fase di nucleoressi e con sottili prolungamenti polari da ricordare la cellula nervosa.

*
* *

Da tale reperto e dai caratteri macroscopici studiati nel tumore e dalla sua localizzazione si può dire che si tratta di un blastoma appartenente alla glandola pituitaria. Conosciamo ormai dallo studio embriologico che nello sviluppo della glan-

dola pituitaria concorrono tutti e tre i foglietti blastodermici assieme al mesenchima e che il lobo anteriore nasce da un diverticolo ectodermico semplice o trilobato nel punto, ove succede tutto il lavorio embrionario che forma le ossa della faccia. Così dei blastomi a tipo pituitario si trovano nello spessore dello sfenoide da germi embrionari residuali mentre l' ipofisi era integra e normale, come il caso clinico osservato dall' ERDHEIM (Ueber einen Hypophysentumor von ungewöhnlichen Sitz. Ziegler' s Beiträge 1909).

Perchè questi blastomi della preipofisi difficilmente si colorano ad osservazione superficiale facilmente si possono scambiare per sarcomi; ed infatti in primo tempo lo studio istologico del tumore, trovato all' autopsia e per il modo come era impiantato nelle ossa della base del cranio e nei seni dei mascellari, fece dubitare che si trattasse effettivamente di un sarcoma parvicellulare a cellule picnotiche e gemmanti. Tale concetto è anche espresso dal BENDA, che asserisce che molti tumori della glandola pituitaria, squisitamente adenomatosi, sono stati impropriamente descritti come sarcomi a cellule miste o come angiosarcomi o come endoteliomi (BENDA — Beitr. zur. norm. u. patholog.-Histologie der menschlichen Hypophysis Cerebri. Berlin. Klin. Woschenschr. Vol. 37, 1900).

Nel nostro caso infatti c' erano dei tagli che al microscopio rilevavano i caratteri istologici di un endotelioma ed altri tagli istologici quelli di un angiosarcoma, viceversa la tecnica nuova e lo studio ponderato di numerosissimi tagli istologici ci ha messi sulla buona via e subito ci ha fatto vedere che quelle che sembravano cellule erano solamente nuclei delle cellule, che non si vedevano perchè pochissimo o niente colorabili, avendo il protoplasma a tipo cromofobo.

Il tumore nel nostro caso era in gran parte dovuto alla preipofisi, ma, a parte la considerazione della esistenza di tumori della preipofisi senza alcun disturbo di scompenso endocrino, senza dubbio, pur non esistendo nel cadavere tracce di acromegalia, l' ingrossamento del malleolo interno di destra, era una nota di disturbo pituitario, non riscontrandosi dall' altra parte nel cadavere lesioni in atto o pregresse di

sifilide. In vita si constatò la reazione del WASSERMANN debolmente positiva ed oramai si conosce che tale reazione esiste sempre che sono in circolazione lipoidi e proteine derivate da rapida ed intensa distruzione cellulare come si avvera nei blastomi maligni tanto a tipo connettivale quanto a tipo epiteliale.

Riassunto—L'A. riferisce le ricerche anatomo-patologiche ed istologiche fatte di due casi clinici di tumori maligni con esito letale. Il primo caso si riferisce ad una donna morta per cancerosi, già operata e guarita localmente per carcinoma della mammella destra; il secondo riguarda un giovane uomo che all'osservazione clinica fece diagnosticare un sarcoma del mascellare superiore sinistro a rapida evoluzione e con diffusione a tutte le ossa della faccia e della base del cranio.